Lugar	Comunidad de cuidado Las Brisas
Fecha	18/11/2025 18:50 A 19:10
Tema	Socialización Traslado al servicio de urgencias y acompañamiento a servicios de salud
Desarrollo	**1. Objetivo** Socializar la importancia del acompañamiento a las personas mayores en los servicios de salud incluyendo urgencias y hospitalización, así como fortalecer el seguimiento durante su estancia en las unidades hospitalarias. Además, brindar orientación sobre el diligenciamiento adecuado de los formatos “Informativo de Salud” y “Acompañamiento a Urgencias y Hospitalización”, con el propósito de minimizar errores y garantizar un registro correcto, completo y oportuno de la información. Fortalecer los conocimientos y habilidades del personal en el proceso de acompañamiento a adultos mayores durante citas médicas, atención en urgencias y seguimiento durante la hospitalización, garantizando un manejo adecuado de la información médica, tratamientos y pertenencias personales. **Contenido Desarrollado** **A. Acompañamiento a Citas Médicas** • Tener claridad sobre el motivo de la cita. • Identificar los motivos de consulta, diagnósticos previos y síntomas nuevos presentados por el paciente. • En caso de reformulación de tratamiento, verificar el tratamiento actual. Al recibir las fórmulas médicas, revisar que: ▪ Las cantidades y dosis sean correctas. ▪ La presentación del medicamento corresponda a la indicada. ▪ Informar cualquier cambio en la medicación (suspensión o modificación de dosis). **B. Acompañamiento al Servicio de Urgencias** • Preparar previamente las pertenencias básicas del usuario, así como el kit de aseo personal.

- Llevar la papelería correspondiente, incluyendo:
    - Formato de acompañamiento a urgencias/hospitalización.
    - Copia de cédula del usuario.
- Tener presente:
    - El motivo de asistencia a urgencias.
    - El tratamiento farmacológico actual.
    - Los diagnósticos o enfermedades de base del adulto mayor.

C. Seguimiento al Servicio de Hospitalización

- Realizar seguimiento cada 72 horas**.**
- Llevar el formato de seguimiento y verificar las pertenencias y kit de aseo**,** reponiendo si es necesario según inventario inicial.
- Retirar las pertenencias sucias del usuario.

Durante el seguimiento:

- Recoger de manera adecuada la información suministrada por el personal médico.
- Registrar la información de forma clara en el formato correspondiente.
- Realizar **revisión cefalocaudal** del paciente.
- Dejar **nota de enfermería** con el estado de salud actual observado.

Observaciones

El personal participante mostró interés en fortalecer el cumplimiento de los protocolos de acompañamiento, especialmente en la verificación de tratamientos y manejo de información médica. Se enfatizó en la importancia de la comunicación efectiva con el equipo de salud y la correcta documentación de cada procedimiento.

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO INFORMATIVO DE SALUD

1. Fecha: escriba la fecha de diligenciamiento del formato (DD/MM/AAAA).
2. Nombre(s) y apellido(s) de la persona mayor: escriba el (los) nombre (s) y apellidos completos de la persona mayor.
3. N° de documento: escriba el número de documento de identidad de la persona mayor.
4. Edad: Escriba la edad de la persona mayor en números
5. Afiliación a Salud de la persona mayor: escriba nombre completo de la Entidad Administradora de Planes de Beneficios - EAPB vinculado-a, según la afiliación de la persona mayor al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
6. Diagnósticos Médicos: escriba los diagnósticos médicos registrados en la historia clínica de la persona mayor.
7. Motivo de consulta: registre el motivo por el cual se realiza la consulta médica.
8. Reporte de condición de salud: escriba una breve descripción del estado general de salud de la persona mayor a la fecha de diligenciamiento del formato, incluyendo toma de signos vitales.
9. Medicamentos que actualmente consume: registre los medicamentos que se administran según última formula médica.
10. Anexos: marque con una X si a la consulta lleva algún anexo; de lo contrario deje los espacios en blanco. En la casilla “otro”, especifique al frente qué anexo lleva.
11. Nombre de servicio y modalidad de atención: diligencie el nombre del servicio y la modalidad de atención en la que se encuentra la persona mayor de acuerdo con la Resolución que establece los servicios sociales de la SDIS vigente.
12. Nombres y apellidos de la persona que diligencia el formato: escriba los nombres y apellidos completos de la persona que diligencia el formato.
13. N° de documento: escriba el número de documento de identidad de la persona que diligencia el formato
14. Firma: registre la firma de la persona que diligencia el formato.

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO ACOMPAÑAMIENTO URGENCIAS HOSPITALIZACIÓN

El tipo de letra a utilizar es Arial tamaño 11 puntos, no inferior.

1. Fecha: escriba la fecha de diligenciamiento del formato (DD/MM/AAAA).
2. Nombre(s) y apellido(s) de la persona mayor: escriba el (los) nombre (s) y apellidos completos de la persona mayor objeto del servicio de urgencias u hospitalización.
3. N° de documento de la persona mayor: escriba el número de documento de identidad de la persona mayor objeto del servicio de urgencias u hospitalización.
4. Edad de la persona mayor: escriba la edad de la persona mayor en números, conforme al documento de identidad.
5. EPS de la persona mayor: escriba nombre completo de la Empresa Prestadora de Salud vinculado(a), según la afiliación de la persona mayor al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
6. Diagnósticos Médicos: escriba los diagnósticos médicos registrados en la historia clínica de la persona mayor objeto del servicio de urgencias u hospitalización.
7. Reporte de condición de salud: escriba una breve descripción del estado general de salud de la persona mayor reportado por el médico tratante del centro hospitalario.
8. Insumos entregados a la red hospitalaria para la persona mayor: registre los insumos que se entregan a la red hospitalaria para uso de la persona mayor, como elementos de aseo, pañales, vestuario entre otros.
9. Nombres y apellidos de la persona que diligencia el formato: escriba los nombres y apellidos completos de la persona que diligencia el formato.
10. N° de documento: escriba el número de documento de identidad de la persona que diligencia el formato.
11. Firma: registre la firma de la persona que diligencia el formato.
12. Nombres y apellidos de la persona del centro hospitalario que recibe la visita: escriba los nombres y apellidos completos de la persona que recibe la visita en el centro hospitalario (médico tratante o trabajador/a social).
13. N° de documento: escriba el número de documento de identidad de la persona que recibe la visita en el centro hospitalario (médico tratante o trabajador/a social).

14. Tarjeta profesional: escriba el número de la tarjeta profesional de la persona que recibe la visita en el centro hospitalario (médico tratante o trabajador/a social).
15. Firma: registre la firma de la persona que recibe la visita en el centro hospitalario (médico tratante o trabajador/a social).



Asistentes	Nombre	Cargo/Rol	Dependencia
	Se adjunta formato de asistencia	N/A	N/A
Compromisos	Actividad	Responsable	Fecha límite
	Programar la siguiente socialización	Enfermería	Cuando se requiere
Próxima reunión	Mensual.		
Elaboró	Zulibeth González - Enfermera		

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL

FORMATO PLANILLA DE ASISTENCIA

Código: FOR-GD-023
Versión: 2
Fecha: Memo I2024018963 - 12/07/2024
Página: 1 de 1

1. Tema: Socialización traslado al servicio de Urgencia y Acompañamiento Servicio desde la Lugar o Localidad o Sede Comunidad de cuidado los Buitres 3. Fecha y hora: 18/11/2025 18:30 A 19:10

4. Nombre responsable: Zulbeth Gonzalez Rodriguez 5. Dependencia responsable: Enfermeria

6. ítem	7. Nombres y Apellidos	8. Documento de identidad		9. Entidad / Dependencia	10. Rol / Cargo	11. Planta / Contratista	12. Correo electrónico	13. Teléfono y Ext. / Celular	14. Firma
		8.1 Tipo	8.2 Número						
1	DILLER HOMAR CAVIL	CC	1032426510	CC LAS BRISAS	AUXILIAR ENFERMERIA	N/A	diyamiisi7@gmail.com	3133918544	DILLER HOMAR
2	Fernanda Castellanos R.	CC	1072427984	CC los Buitres	Auxiliar Enfermeria	N/A	mafe2325@mero6gmail.com	3215874424	FCR
3	Maria patricia Herrera B	CC	20989523	CC las Buitres	Auxiliar Enfermeria	N/A	patricia.herrera12345@gmail	3204521053	Herrera PHB
4	Yomary Gonzalez	CC	20080402	CC los Buitres	Auxiliar enfermeria	N/A	yomygonzalez7@gmail.com	3144445621	Yomy G
5	Laura Angüello Vargas	CC	1016033662	CC Las Brisas	Auxiliar Enfermeria	N/A	2angallabe@gmail.com	3227953641	Laura Angüello
6	Luisa Fernanda Sanchez	CC	1072429830	CC las Buitres	Auxiliar enfermeria	N/A	luisa1107@hotmail.com	3214553525	Luisa
7	Gladys Stella Velasquez	CC	52466005	CC los buitres	Auxiliar Enfermeria	N/A	gladyscruz19@gmail.com	3212330501	Gladys V.
8	Luis Eduardo V.	CC	1072136697	CC las Buitres	Auxiliar Enfermeria	N/A	Velasquezluisedoardo@gmail.com	3219423034	Luis V.
9	Milena Garcia	CC	1072424355	CC las brisas	Aux de Enfermeria	N/A	Jcasmilaz@gmail.com	3142347491	Milena G
10	Rosa Maria Avellaneda G	CC	1072429666	CC las brisas	Aux Enfermeria	N/A	rosthaz@gmail.com	3203823594	Rosa Maria A
11	Katerine Cardozo	CC	7007826[illegible]	CC las brisas	Auxiliar Enfermeria	N/A	Katerine.cardozo.cancelo@gmail.com	3124742494	
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

Tratamiento de datos personales "En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, me fue informado que la Secretaría Distrital de Integración Social – SDIS, es la responsable del tratamiento de mis datos personales recolectados y podrá realizar operaciones sobre los mismos para las finalidades establecidas en su Política de tratamiento de datos personales, disponible en la página web de la entidad. Entiendo que tengo derecho a entregar o no datos sensibles, que son aquellos que afectan mi intimidad o cuyo uso indebido puede generar discriminación.
Por lo anterior, autorizo expresamente a la Secretaría Distrital de Integración Social para tratar los datos personales que se recolectarán mediante este registro. Entiendo que para revocar o modificar esta autorización, así como para consultar los datos allí almacenados, debo dirigirme a la SDIS a través de sus canales de atención a la ciudadanía"

Toda actividad realizada de pausa saludable debe ser reportada al Proceso Gestión de Talento Humano – Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo